

A arte médica à luz de reflexividade, relações e cuidado
MEDICAL ART IN THE LIGHT OF REFLEXIVITY, RELATIONSHIPS AND CARE

*Roberto Franzini Tibaldeo **

RESUMO

O presente artigo visa analisar o pensamento de Hans Jonas acerca da profissão médica, para esclarecer a afinidade com as chamadas “Medical Humanities” atuais. Isso levará até uma segunda vertente, que é a individuação de três conceitos-chave, os de “reflexividade”, “relação” e “cuidado”, que serão analisados à luz das propostas filosóficas de John Dewey, Donald Schön, Seyla Benhabib e Joan Tronto. Tentar-se-á esclarecer que essas noções são relevantes para a redefinição da profissão médica na época atual, no sentido que oferecem uma ferramenta teórico-prática capaz, por um lado, de desconstruir hábitos culturais problemáticos, como o reducionismo tecnicista moderno, e, por outro lado, de contribuir para a reformulação da prática médica em sentido mais relacional, engajado, atencioso e sensível a circunstâncias específicas.

PALAVRAS-CHAVE: arte médica; reflexividade; relações; cuidado.

ABSTRACT

This article aims to analyze Hans Jonas’s thoughts on the medical profession to clarify the affinity with current “Medical Humanities.” This leads to a second strand, which is the identification of three key concepts: “reflexivity,” “relation,” and “care,” which will be analyzed in light of the philosophical proposals of John Dewey, Donald Schön, Seyla Benhabib, and Joan Tronto. The goal is to demonstrate that these notions are relevant for redefining the medical profession in the current era, as they offer a theoretical-practical tool capable, on the one hand of deconstructing problematic cultural habits, such as modern technicist reductionism, and, on the other hand, contributing to the reformulation of medical practice in a more relational, engaged, attentive, and circumstance-sensitive manner.

KEYWORDS: medical art; reflexivity; relations; care.

* Professor do Programa de Pós-graduação em Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, Curitiba; roberto.tibaldeo@pucpr.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2000641112553851>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9836-0546>

Introdução

Entre as várias contribuições filosóficas de Hans Jonas (1903-1993), destacam-se as suas reflexões acerca da profissão médica, as quais dialogam com o atual contexto formativo-educacional do profissional da área de saúde caracterizado pelo desenvolvimento das chamadas “Medical Humanities” (Evans; Greaves, 2010). As Medical Humanities baseiam-se em pesquisa interdisciplinar para explorar as experiências de saúde e doença, geralmente com foco na experiência subjetiva, oculta ou invisível ao olhar, estritamente falando, médico-científico. Essa força interdisciplinar deu ao campo uma diversidade notável e incentivou a sua inovação epistemológica. O primeiro objetivo desse artigo é o de analisar o pensamento jonasiano acerca da profissão médica, para esclarecer essa afinidade com as Medical Humanities (item 1). Isso levará até o segundo objetivo, que é a individuação de três conceitos-chave, os de “reflexividade”, “relação” e “cuidado”, que serão analisados à luz de autores(as) como John Dewey, Donald Schön, Seyla Benhabib e Joan Tronto (itens 2 e 3). Por fim, concluir-se-á com algumas reflexões para os profissionais da área da saúde.

A arte médica segundo Jonas

Desde o começo do artigo “Arte médica e responsabilidade humana”, originariamente publicado em revista em 1983 e republicado em Técnica, medicina e ética (Jonas, 2013), o autor sublinha a relação entre a medicina e a profissão médica da seguinte forma: “A medicina é uma ciência; a profissão médica é o exercício de uma arte baseada nela” (Jonas, 2013, p. 155). Jonas utiliza o termo “arte” como sinônimo de “habilidade” ou “*téchne*”, para definir aquelas atividades através das

quais os seres humanos intervêm no mundo e o modificam. Todavia, ele acrescenta também que a arte médica evidencia uma especificidade: a matéria sobre a qual o médico exercita a sua arte é o “organismo humano vivo como seu próprio fim” (Jonas, 2013, p. 155). Diferentemente de outras artes humanas (como por exemplo a arquitetura), as quais moldam ou modificam uma determinada matéria conforme uma forma ou um fim exterior, no caso do corpo humano o fim é intrínseco ao próprio corpo humano natural. A tarefa de restabelecer, quando necessário, esse fim intrínseco, ou seja, a condição de “saúde”, é o que diferencia o papel do médico daquele de um outro técnico. Além disso, “o conhecimento do corpo saudável e das condições de saúde” (Jonas, 2013, p. 156) é o pré-requisito necessário da arte médica e isso evidencia a relação fundamental entre medicina enquanto ciência médica e arte médica enquanto prática.

Jonas sublinha também uma outra especificidade da arte médica, que a qualifica enquanto singular no âmbito das técnicas, e essa especificidade abre para ulteriores reflexões:

Todavia, a arte prática não é simplesmente a aplicação desses princípios teóricos, quer dizer, uma aplicação inequívoca de um conhecimento inequívoco sobre um material inequívoco com um fim inequívoco, assim como o engenheiro mecânico pode aplicar a ciência da mecânica, por assim dizer, mecanicamente, a sua própria tarefa. Pois o médico tem que se haver com cada caso dado em particular, o individual em toda sua unicidade e complexidade, algo que nenhum inventário analítico pode exaurir; e já no primeiro passo, no diagnóstico como subsunção do particular no geral, é preciso um tipo de conhecimento completamente distinto do teórico. Kant chamava este tipo de conhecimento de “faculdade de julgar” [*Urteilkraft*], a qual não se aprende com o saber geral, mas que une esse saber com a intuição do único e da totalidade que o contém, só assim permitindo a aplicação do abstrato ao concreto. Este juízo [*Urteil*] que conduz a decisões se exerce por força da experiência, sempre colocando em jogo, entretanto, o dom da intuição pessoal, que é uma propriedade originária e individualmente diferenciada. É este segundo ingrediente não definível que torna a habilidade

passível de ser aprendida pelo médico em verdadeira “arte”, elevando-a acima da mera técnica (Jonas, 2013, p. 157).

O que Jonas diz a respeito do juízo tem também a ver com uma questão parecida levantada por Aristóteles desde a antiguidade em relação à *phrónesis* (ou *frônese*), cuja tradução é tanto “sabedoria prática”, “discernimento” ou “prudência” (Aristóteles, 2020, Livro IV, 1141a-1141b). O juízo torna *phrónesis* quando não é apenas preciso esclarecer a relação gnosiológica entre abstrato e concreto, mas quando se evidencia a tarefa ética de relacionar de forma eficaz, justa, rigorosa etc., a teoria com a prática. Esse desafio torna problema filosófico, pois é evidente que o agir de um médico conforme o simples conceito geral de “aplicação” (teoria → prática) pode resultar em desconhecer o específico de um paciente, cuja cura precisa de uma perspectiva mais prudente, sábia ou atenciosa, ou seja, capaz de fazer interagir a prática com a teoria de forma mais refinada e mútua (prática ↔ teoria). Essa perspectiva não desconhece a validade da teoria e do conhecimento geral, mas, ao olhar no caso específico, é ciente que cada caso individual manifesta uma certa incerteza e cabe no geral apenas aproximadamente e conforme uma relação complexa, que o médico precisa investigar “graças à experiência” (Aristóteles, 2020, Livro IV, 1142a).

Como se pode qualificar essa “qualidade racional” genuína (Aristóteles, 2020, Livro IV, 1140b) da qual o médico precisa na sua profissão? Além disso, qual tipo de formação e treinamento profissional é o mais adequado para capacitar desta forma o médico?

Nos próximos itens tentar-se-á responder a essas perguntas por meio dos conceitos de “reflexividade”, “relação” e “cuidado”.

O significado de “pensamento reflexivo”

Em um ensaio publicado pela primeira vez em 1959 e republicado em *O princípio vida* (Jonas, 2004), Jonas sublinha a inadequação do paradigma da “aplicação”, ao qual ao longo da modernidade toda relação entre ciência e técnica tinha se reduzido. Ao enfrentar esse reducionismo, ele retoma a complexa relação que deve nortear qualquer “uso prático da teoria” (Jonas, 2004, p. 222) e refere-se novamente ao “juízo” ou “julgamento”, enquanto “ponte que liga as abstrações da razão com a concretude da vida” (Jonas, 2004, p. 221) e que “não pode ser substituído por ciência, nem ser transformado em ciência, por mais que possa utilizar-se dos resultados, e mesmo das disciplinas intelectuais da ciência, e por mais que ele próprio seja uma espécie de conhecimento” (Jonas, 2004, p. 221). Ao tentar esclarecer o que é essa habilidade de julgar, Jonas refere-se ao específico da filosofia, enquanto questionamento ativo e incessante acerca da “vida que convém ao ser humano” (Jonas, 2004, p. 231). Em termos médicos, isso é igual à investigação acerca da “ideia de saúde” (Jonas, 2004, p. 231). O que significa que, para atuar com julgamento, o médico precisa desenvolver uma atitude filosófica. Nesse respeito, tentar-se-á ilustrar que essa atitude filosófica está relacionada com o desenvolvimento de uma habilidade “reflexiva”.

Ao esclarecer o significado da expressão “pensamento reflexivo”, pretende-se fazer uso, em particular, de pensadores como John Dewey e Donald A. Schön, autor de um texto revolucionário sobre o treinamento de profissionais intitulado *The Reflective Practitioner* [O profissional reflexivo] (1983).

Ao identificar o paradigma reflexivo como a pedra angular do ser humano e o objetivo da socialidade, Dewey enfatizou que “a

consideração ativa, constante e diligente de uma crença ou forma hipotética de conhecimento à luz das evidências que a suportam e das conclusões posteriores a que tende constitui o pensamento reflexivo” (Dewey, 1933, p. 9; tradução nossa; grifo no original). Esse último caracteriza uma busca comprometida em transcender de alguma forma o que é dado e qualquer resultado que possa ter sido alcançado. Além disso, pode-se dizer que é “reflexiva” qualquer investigação que assume a responsabilidade pelas consequências do conhecimento e pelos produtos da pesquisa. Emerge claramente a perspectiva pragmatista de Dewey, para o qual toda pesquisa começa com uma situação problemática ou tão “ambígua que apresenta um dilema ou propõe alternativas” (Dewey, 1933, p. 14; tradução nossa). A pesquisa, portanto, coincide com um movimento que deve ser realizado para resolver essa situação, enquanto o pensamento (reflexivo) é o que “*transforma a ação meramente apetitiva, cega e impulsiva em ação inteligente*” (Dewey, 1933, p. 17; tradução nossa; grifo no original), atribui significados e valores, e, também – conclui Dewey citando John Stuart Mill – realiza as tarefas de “*julgar as evidências e agir conseqüentemente*” (Dewey, 1933, p. 21; tradução nossa; grifo no original). Nesse respeito, Dewey sublinha que esse tipo de pensamento é típico de profissionais como o magistrado, o comandante militar e o médico.

O mérito de Dewey, portanto, consiste não apenas em ter salientado a centralidade da racionalidade reflexiva, mas também em ter sido capaz de indicar que a investigação reflexiva não consiste em um simples caminho de volta que vai da prática à teoria correspondente que a justifica, mas deve assumir a forma de uma abertura à complexidade: “um caminho que de linear se torna circular (prática-teoria-prática...), de predefinido se torna construído sobre si mesmo (recursividade), de seletivo se torna inclusivo” (Cosentino, 2008, p. 93) e adequado para a compreensão de casos específicos.

Em comparação com Dewey, Donald A. Schön emprega a noção de pensamento reflexivo em um campo mais restrito, a saber, o da educação e formação profissional (Lyons, 2010). Com a expressão “profissionalismo reflexivo”, Schön quer dizer, de fato, a capacidade do profissional de empregar uma *racionalidade complexa* em seu trabalho, em vez de uma *racionalidade técnica* ineficaz e improdutiva (Schön, 1983, p. 21-69). Enquanto esta última se configura como uma “aplicação” simples e unidirecional de uma teoria simplificada e abstrata a um caso concreto (o que, entre outras coisas, pode gerar resultados qualitativamente questionáveis, tanto na arquitetura quanto na engenharia)¹, o profissionalismo reflexivo, em vez disso, reconhece que a relação entre teoria e prática se caracteriza por idas e vindas complexas e incertas.

O profissional (o arquiteto, mas, o mesmo se aplica a outras figuras profissionais, incluindo professores, instrutores, médicos, pessoal da área de saúde etc.)² que exerce uma profissão complexa e não mecânica se depara com o que Donald Schön chamou de “dilema entre rigor e relevância” (Schön, 1983, p. 42; tradução nossa). Para a realização de certas tarefas ligadas ao exercício da profissão (por exemplo, a concepção e a realização de um projeto arquitetônico ou de um módulo de ensino com a consequente avaliação dos resultados

1 Um desses exemplos foi a realização, na década de 1950, da “grandiosa barragem” do Vajont na Itália. O projeto não levou adequadamente em conta a especificidade geomorfológica da relativa área montanhosa, que era sujeita a deslizamento. O resultado foi que em 9 de outubro de 1963 um deslizamento de terra das encostas causou a transposição da barragem e cerca de 2000 mortes (https://pt.wikipedia.org/wiki/Barragem_de_Vajont#:~:text=Um%20deslizamento%20de%20terra%20das,de%20terra%20sobre%20a%20represa).

2 É apenas o caso de mencionar que, diferentemente de Jonas, Schön não diferencia a profissão médica de outras profissões “reflexivas”, como por exemplo o arquiteto. Cf. também Schön, 1987; Schön, 1991; Redmond, 2006.

alcançados), não é suficiente apelar para uma regra geral e abstrata, na esperança ilusória que somente ela permita lidar de forma eficaz e rigorosa com a complexidade e a incerteza do assunto problemático da intervenção, bem como do relativo contexto. Por outro lado, as habilidades adquiridas pelo profissional por meio de uma suposta experiência prévia ou de qualidades inefáveis como talento, inspiração e improvisação ligadas a um possível talento (inato ou adquirido?) para gerenciar e resolver problemas complexos também não são suficientes para esse fim. A primeira alternativa do dilema, sem dúvida, prefigura um caminho de rigor racional, que, no entanto, muito provavelmente acaba sendo irrelevante e ineficaz (como de fato acontece com intervenções – médicas, arquitetônicas, didáticas etc. – que desconsideram a especificidade humana, relacional, ambiental, cultural etc., do contexto em que são implementados). Quanto à segunda possibilidade, ela certamente mostra uma resposta eficaz a uma situação problemática, mas não consegue evitar dificuldades relacionadas à previsibilidade dos resultados, à replicabilidade em diferentes contextos e à compreensibilidade e transmissibilidade do conhecimento.

Como, então, é possível gerenciar a complexidade de certas situações e questões profissionais, que parecem exigir a combinação de rigor e relevância, bem como de teoria e prática? Como é possível adquirir a competência relevante e treinar profissionais nesse sentido? A solução “reflexiva” de Schön consiste na ideia de fortalecer no profissional o “conhecimento na ação” (*knowing-in-action*), a “reflexão sobre a ação” (*reflection on action*) e a “reflexão ao longo da ação” (*reflection-in-action*), juntamente com o dispositivo meta-reflexivo da “reflexão sobre a reflexão ao longo da ação” (*reflection on reflection-in-action*) (Schön, 1983, p. 49-69; tradução nossa).

Para a presente reflexão, é importante enfatizar que é somente por meio da aquisição de tais competências reflexivas por meio do

confronto interpessoal e de seu uso “em situação” que o agir profissional consegue ultrapassar a perspectiva técnico-instrumental e, com isso, ganhar inteligibilidade e eficácia prática.

Nesse sentido, Schön de fato identifica dois possíveis modelos de ação profissional. O primeiro modelo é caracterizado pelos seguintes valores: “Executar a tarefa, conforme eu a defino. Nas interações com os outros que envolvam sucesso ou derrota, procure ter sucesso e evite perder. Evitar sentimentos negativos, como raiva ou ressentimento. Ser racional, no sentido de ‘Manter o brilho, ser persuasivo, usar argumentos racionais’” (Schön, 1983, p. 226; tradução nossa).

Consequentemente, o primeiro modelo admite as seguintes estratégias: “Controlar a tarefa unilateralmente. Proteger-se unilateralmente, sem verificar se isso é necessário. Proteger o outro unilateralmente, sem verificar se ele deseja ser protegido” (Schön, 1983, p. 227; tradução nossa).

Por outro lado, o segundo modelo – aquele que é configurado como “reflexivo” – procura satisfazer os seguintes valores:

Fornecer e obter informações válidas. Pesquise dados diretamente observáveis e notícias corretas e forneça-os a outras pessoas para que possam ser feitas atribuições válidas. Criar as condições para uma escolha livre e documentada. Tentar criar, para si mesmo e para os outros, a consciência dos valores envolvidos na tomada de decisões, a consciência dos limites das capacidades de um indivíduo e a consciência das áreas de experiência livres de mecanismos de defesa fora do controle do indivíduo. Aumentar a probabilidade de um comprometimento profundo com as decisões tomadas. Tentar criar condições, para si mesmo e para os outros, em que o indivíduo se comprometa com uma ação porque ela é intrinsecamente satisfatória, e não, como no caso do Modelo I, porque ela vem com recompensas ou punições externas (Schön, 1983, p. 231; tradução nossa).

De forma consistente, as estratégias destinadas a satisfazer esses valores incluem as seguintes:

Tornar o projeto e o gerenciamento do ambiente uma tarefa bilateral, para que as diferentes partes envolvidas na situação possam trabalhar em prol da liberdade de escolha e do compromisso pessoal. Tornar a defesa de si mesmo e do outro uma tarefa conjunta, para que as informações negativas do outro não sejam rejeitadas sem verificar as atribuições subjacentes à decisão de rejeitá-las. Falar em categorias diretamente observáveis, fornecendo os dados a partir dos quais as inferências são tiradas e, em seguida, abrindo-as para refutação. Apresentar dilemas pessoais, de modo a incentivar a verificação pública das suposições das quais esses dilemas dependem. (Schön, 1983, p. 231-232; tradução nossa)

Como podemos ver, essas considerações de Schön, na verdade, vão além do domínio profissional e, de fato, dizem respeito à estrutura relacional mais ampla na qual ocorrem a reflexão e a ação profissional. Em particular, o Modelo II sugere que as relações interpessoais são caracterizadas por uma dinâmica aberta, plural e dialógica capaz de promover o florescimento individual e comunitário. Isto está de acordo com o que é proposto também por Dewey e Aristóteles, entre outros. De fato, é somente nesse contexto *relacional* que o uso da racionalidade para a resolução de determinados desafios (profissionais, existenciais, éticos, políticos etc.) adquire eficácia, e isso tanto em virtude do confronto dinâmico com o outro e com o contexto, quanto graças ao fato que a racionalidade é mobilizada em todos os seus componentes e nuances, incluindo os emocionais.

Reflexividade e cuidado

A análise efetuada no item anterior acerca da racionalidade reflexiva salientou a estrutura relacional do agir humano em âmbito profissional e existencial. Nesse item pretende-se investigar ulteriormente essa estrutura relacional, à luz dos conceitos de *responsabilidade* e *cuidado*. Como se verá, esses dois conceitos caracterizam-se por sua capacidade de inspirar e nortear ações e práticas, como a arte médica.

Voltando rapidamente para o texto jonasiano mencionado no começo do artigo, “Arte médica e responsabilidade humana”, convém agora focalizar esse último conceito à luz da ampla reflexão ética desenvolvida pelo autor nas últimas décadas de sua produção filosófica (cf. por exemplo Jonas, 2006). Vale a pena lembrar que, perante os desafios tecnológicos, econômicos, sociais, políticos e éticos atuais que ameaçam de modificar profundamente o mundo natural e a imagem mesma do ser humano, a pesquisa jonasiana acaba individuando um “arquetipo original e intemporal da responsabilidade, aquela dos pais em relação aos filhos” (Jonas, 2006, p. 219). Segundo Jonas, esse arquetipo manifesta-se no recém-nascido,

cujo simples respirar dirige um “dever” irrefutável ao entorno, o de dele cuidar. Olhe e você saberá! Eu disse “irrefutável” e não “irresistível”, pois certamente é possível opor-se à força deste ou de qualquer outro “dever”, fazendo-se ouvidos surdos ao seu apelo [...], sem que tudo isso altere em nada o caráter irrefutável do apelo e a sua evidência imediata. (Jonas, 2006, p. 220)

O que transparece e se manifesta no recém-nascido? Vale a pena sublinhar um aspecto que conecta diretamente esse tema com o que foi o resultado do item anterior: no recém-nascido há um aspecto *relacional* evidente, ou seja, o fato de a instância ética se dirigir a outro ser e poder

ser entendida no sentido de um pedido de atenção e de relação. A quem se dirige tal pedido? A um possível destinatário capaz de o ver ou de o perceber; não só aos pais, mas a qualquer ser humano; pode-se mesmo dizer que esse pedido se dirige a todos os seres indistintamente e que só alguns, dotados de qualidades e capacidades particulares, podem eventualmente responder-lhe. Jonas não desenvolve mais estas reflexões, muito provavelmente porque, para ele, é necessário, em primeiro lugar, demonstrar a fundamentação ontológica e objetiva da exigência ética proveniente da criança e da vida em geral, para depois se dedicar à tarefa de unir o aspecto ético “objetivo” ao “subjetivo” através do “sentimento de responsabilidade”, capaz de mobilizar a vontade (Jonas, 2006, p. 159-164). Que ele não entende, no entanto, o procedimento de fundamentação objetiva da responsabilidade num sentido antitético ao da construção de uma relação, é claro a partir das palavras citadas anteriormente, segundo as quais o arquétipo da responsabilidade é o dos pais *em relação aos* filhos. Esta responsabilidade significa, portanto, cuidar do objeto da responsabilidade, que é vulnerável e “perecível como tal” (Jonas, 2006, p. 159), e construir com este objeto uma *relação* de reconhecimento da sua *alteridade radical*, que exclui “ser superada por uma aproximação minha em sua direção, ou vice-versa” (Jonas, 2006, p. 159). E é precisamente esta alteridade que “se apossa da minha responsabilidade, e não se pretende aqui nenhuma apropriação” (Jonas, 2006, p. 159). A relação com o objeto da responsabilidade acaba assim por modificar o sujeito, que se coloca à sua disposição.

Esta essência *relacional* da responsabilidade, que é apenas vislumbrado no texto jonasiano, pode ser esclarecido ulteriormente à luz da perspectiva de gênero, que nas últimas décadas contribuiu consideravelmente para uma renovação e ampliação da experiência humana para além do reducionismo moderno.

Por exemplo, no ensaio “O outro generalizado e o outro concreto” (2021), a filósofa Seyla Benhabib defende a tese que os conceitos de *cuidado* e de *responsabilidade* foram tradicionalmente excluídos do domínio da reflexão ética com base num preconceito universalista (masculino), que os relegou indevidamente para o domínio do privado (feminino). Esta exclusão baseava-se na ideia que, para se chegar a um ponto de vista “universal”, a moral humana devia libertar-se do que a ligava a situações particulares e contextos específicos. Segundo Benhabib, a ética tradicional assentaria assim no pressuposto de um *self* moral “desinserido” e “descorporificado”, o qual, no entanto, acabaria por se contradizer a si próprio, uma vez que era incapaz de alcançar o resultado de uma ética universal (Benhabib, 2021, p. 312-313). Isto acontece devido ao carácter “sub-reptício” deste impulso universalista, que não é mais do que o ponto de vista de um “grupo específico de sujeitos” que se consideram indevidamente como o “caso paradigmático dos seres humanos enquanto tais” (Benhabib, 2021, p. 313). Não surpreendentemente, era o “outro”, cuja diferença não podia ser vista como significativa, que estava à custa de tal perspectiva. O outro foi, portanto, ou trazido de volta ao semelhante ou ignorado e colocado fora do perímetro ético (e político).

O mérito destas reflexões de Benhabib, bem como as de Carol Gilligan (2021) antes dela, foi trazer de novo para o centro da reflexão ética um aspecto até agora negligenciado, nomeadamente as *relações*, cujas manifestações mais evidentes são as experiências morais de *cuidado* e de *responsabilidade*. Há ainda um outro aspecto a sublinhar: trazer a *relação* para o centro da experiência moral significa reafirmar que o sujeito ético é um ser *corpóreo* e *situado* em um determinado contexto, um ser cuja existência é um tecido relacional com outros seres vivos e não vivos, um ser que não tem nada da soberania, autonomia e independência do eu moderno, mas que, pelo contrário, é “consciente da

sua própria incompletude e dependência do outro” (Pulcini, 2001, p. 19; tradução nossa).

O equívoco inerente à autonomia do sujeito moderno é que ele não se percebe *em relação* à natureza e aos outros, mas apenas *perante* ela e eles em uma posição de distanciamento privilegiado e de superioridade. Pode-se observar que é nessa perspectiva cultural e antropológica que está baseado o primeiro modelo de racionalidade apresentado por Schön (ver item anterior) e que deve ser ultrapassado graças a um processo de transição para o segundo modelo reflexivo e relacional. Por que é preciso fazer essa transição? Pela simples razão que a autonomia do sujeito moderno e a sua posição de distanciamento privilegiado do mundo e dos outros, no entanto, são ilusões perigosas, cujos efeitos, por exemplo, na profissão médica podem alimentar incompetência, desengajamento, imprudência e até mesmo formas problemáticas de exercício do poder (Basaglia, 2018). Além disso, em âmbito formativo e educacional as ilusões mencionadas são responsáveis do declínio da reflexão acerca da ‘vocação profissional’ e da redução dessa última para simples competências técnicas avaliáveis em termos de desempenho quantitativo individual (Biesta, 2010).

Voltando a Jonas, ele também percebeu a ameaça associada às ilusões mencionadas, cujas consequências ecológicas eram, segundo ele, entre as mais evidentes. Foi em reação a essa situação problemática que ele resolveu enfatizar a “solidariedade de interesse” dos humanos com o mundo orgânico (Jonas, 2006, p. 229). Redescobrir esta solidariedade significa prestar atenção à relação com o orgânico que constitui o humano, e isto para além do reducionismo antropocêntrico da cultura moderna, para a qual o sentido do agir humano era definido à parte da sua relação com o mundo natural, e este não era mais do que o objeto passivo de uma exploração utilitária unidirecional por parte daqueles que, nessa assimetria relacional, ocupavam a posição dominante. Neste

contexto, existiam, no máximo, *interesses* humanos, mas não uma *solidariedade de interesse* e uma preocupação genuína com o mundo orgânico. A assimetria relacional impedia a própria relação, que se tornava preocupantemente empobrecida.

Acredita-se que essa sugestão jonasiana pode ser muito proveitosa na área da saúde. Ao mesmo tempo que contribui para enfrentar a separação entre paciente e profissionais sanitários por meio do alcance de uma relação de mútua solidariedade, promove também uma transição cultural do modelo cultural e racional técnico para o reflexivo. É nesse respeito que se encontra a relevância do último conceito que se pretende trazer para a presente reflexão, ou seja, aquele de “cuidado”.

Tanto Jonas como Benhabib concordam em sublinhar a centralidade antropológica, ética e política do cuidado, mas é na reflexão da pensadora estadunidense Joan Tronto que este conceito é esclarecido em toda a sua complexidade, como elemento estruturante da dinâmica relacional da experiência humana. Além disso, a análise de Tronto é capaz de desenvolver o potencial motivacional e reflexivo do cuidado, do qual pode beneficiar a profissão médica.

Segundo Tronto, a clarificação do significado de “cuidado” precisa de um método capaz de entendê-lo como um “processo complexo” (Tronto, 2013, p. 22; tradução nossa) caracterizado por cinco “fases distintas do ponto de vista da análise, mas interligadas” (Tronto, 2013, p. 105-106; tradução nossa), ou seja: preocupar-se (*caring about*), cuidar (*caring for*), prestar cuidado (*care-giving*), receber cuidado (*care-receiving*) e cuidar com (*caring with*) (Tronto, 2013, p. 22-23; tradução nossa). Esta descrição é também dotada de relevância normativa, pois Tronto identifica cinco “qualidades éticas” (Tronto, 2013, p. 34; tradução nossa) ou “elementos de uma ética do cuidado” (Tronto, 1993, p. 127; tradução nossa) correspondentes a cada fase, respectivamente atenção,

responsabilidade, competência, responsividade e solidariedade (Tronto, 2013, p. 34-37).

Tronto acrescenta uma outra especificação: o cuidado é essencialmente orientado para a *prática* e o compromisso com a sua *realização efetiva* através das relações que o constituem. Isto significa que as descrições baseadas apenas em uma *ideia* de cuidado enquanto “atitude ou disposição” do “sujeito que cuida”, e não na “relação existente entre o sujeito que cuida e o relativo objeto do cuidar [...] na concretude das práticas de cuidado”, não conseguem esclarecer plenamente esta experiência (Tronto, 2013, p. 48; tradução nossa). Tal relato seria, de fato, “demasiado abstrato, demasiado intelectual” e, portanto, incapaz de interagir com demandas práticas e coletivas (Tronto, 2013, p. 48; tradução nossa). Pior ainda, estas visões abstratas não compreendem que “as próprias atitudes de cuidado são o resultado de práticas de cuidado” (Tronto, 2013, p. 49; tradução nossa), que podem e devem ser encorajadas e, quando for necessário, tornar pilares educacionais e formativos especialmente em âmbito profissional.

De acordo com Tronto, a experiência humana situa-se num contexto de relações de cuidado, que floresce e se desenvolve através do diálogo e da reflexão, ou seja, através de um “processo expressivo-colaborativo em que vários atores morais chegam a um acordo sobre um conjunto aceitável de normas morais” (Tronto, 2013, p. 54; tradução nossa). Isso significa admitir que o ponto de partida da experiência humana só pode ser uma pluralidade de pontos de vista diferentes. Mas o que é que está de fato na base desta diversidade? A perspectiva do cuidado ajuda a reformular a questão de uma forma concreta e aberta a possíveis soluções: “No seu nível mais básico, o cuidado é particular: alguns pensam que formas específicas de cuidado são boas, enquanto outros pensam de forma diferente” (Tronto, 2013, p. 61; tradução nossa). A necessidade de alimentar o diálogo entre essa pluralidade de

perspectivas e de prestar cuidado de maneira justa para todos e todas é o que torna a nossa compreensão desse tema uma tarefa tão urgente e tão intimamente ligada à nossa responsabilidade para com os outros. É por esta razão que, segundo Tronto, a prática do cuidado só pode culminar no valor da “solidariedade”, que corresponde à última etapa do cuidado, ou seja, “cuidar com” (Tronto, 2013, p. 156-157; tradução nossa).

Conclusões

Nessa contribuição tentou-se evidenciar que a reflexão filosófica pode contribuir para a redefinição da profissão médica na época atual. Nesse respeito, a perspectiva filosófica oferece uma ferramenta conceitual capaz, por um lado, de desconstruir hábitos culturais problemáticos, como o reducionismo tecnicista moderno, e, por outro lado, de olhar a profissão médica sob uma nova luz, e isso graças às ideias de “reflexividade”, “relação” e “cuidado”. Todavia, a contribuição da filosofia não se limita a ser apenas teórica, pois os autores(as) analisados(as) compartilham a mesma intenção de reunir teoria e prática. Os três conceitos mencionados exprimem possíveis diretrizes norteadoras do processo de relacionamento entre teoria e prática, para que essa relação seja moldada em uma forma reciprocamente interativa.

Além disso, a visão proposta por Tronto relativa às cinco fases do cuidado fornece algumas orientações para a sua operacionalização formativo-educacional, inclusive em âmbito das profissões da área da saúde. Entre as tarefas prioritárias está, como já salientado algumas décadas atrás por Franco Basaglia (2018), a de “desmantelar as relações hierárquicas” (Tronto, 2013, p. 153), sobre as quais repousam várias formas de injustiça, incluindo aquela em âmbito sócio-sanitário. A tarefa de construir relações revela-se decisiva neste sentido: ninguém é isolado,

ninguém se pode considerar em uma posição de privilégio ou de distanciamento aristocrático. É mérito de Tronto ter explicitado como o adversário mais insidioso da responsabilidade relacional é precisamente a “irresponsabilidade privilegiada” (Tronto, 2013, p. 103-106; tradução nossa) daqueles que acreditam cegamente no “ideal baconiano” de progresso tecno-econômico contemporâneo (Jonas, 2006) e cuja maneira de pensar a agir fica presa na jaula da racionalidade técnica descrita por Schön. Imaginar uma maneira diferente de pensar e agir, que seja mais abrangente e capaz de quebrar o paradigma assimétrico tradicional, requer, em primeiro lugar, o reconhecimento da estrutura relacional, engajada e solidária da nossa experiência humana. Em segundo lugar, uma vez que qualquer ação de cuidado depende da capacidade de prestar atenção e de se interessar pelo outro, ouvindo-o e tentando compreender as suas necessidades, o cuidado exprime uma dimensão emocional e motivacional intrinsecamente relacional e social, o que se reflete na necessidade de as instituições que organizam e dispensam os cuidados ajudarem a desmantelar as tradicionais hierarquias de poder.

Referências Bibliográficas

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômacos*. São Paulo: Madamu, 2020.

BASAGLIA, Franco. *Conferenze brasiliane*. Milano, Cortina, 2018.

BENHABIB, Seyla. *Situando o self*. Gênero, comunidade e pós-modernismo na ética contemporânea. Brasília: Editora UnB, 2021.

BIESTA, Gert. *Good Education in an Age of Measurement: Ethics, Politics, Democracy*. New York: Routledge, 2010.

COSENTINO, Antonio. *Filosofia come pratica sociale*. Comunità di ricerca, formazione e cura di sé. Milano: Apogeo, 2008.

DEWEY, John. *How we Think*. A Restatement of the Relation of Reflective Thinking to the Educative Process. Chicago: Regnery Company, 1933.

EVANS, Howell Martyn; GREAVES, David Alan. 10 years of Medical Humanities: A decade in the life of a journal and a discipline. *Medical Humanities*, 36, 2, p. 66-68, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3779829/>.

GILLIGAN, Carol. *Uma voz diferente*. Petrópolis: Vozes, 2021.

JONAS, Hans. *O princípio vida*. Petrópolis: Vozes, 2004.

JONAS, Hans. *O princípio responsabilidade*. Rio de Janeiro: Contraponto/PUC-Rio, 2006.

JONAS, Hans. *Técnica, medicina e ética*. São Paulo: Paulus, 2013.

LYONS, Nona (org.). *Handbook of Reflection and Reflective Inquiry*. Mapping a Way of Knowing for Professional Reflective Inquiry. Dordrecht: Springer, 2010.

PULCINI, Elena. *L'individuo senza passioni*. Torino: Bollati Boringhieri, 2001.

REDMOND, Bairbre. *Reflection in Action*. Developing Reflective Practice in Health and Social Services. Aldershot: Ashgate, 2006.

SCHÖN, Donald. *The Reflective Practitioner*. How Professionals Think in Action. New York: Basic Books, 1983.

SCHÖN, Donald. *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

SCHÖN, Donald. *The Reflective Turn*. Case Studies in and on Educational Practice. New York: Teachers College Press, 1991.

TRONTO, Joan. *Caring Democracy*. New York: New York University Press, 2013.